

| | | | | | | | | | | | | |
|--------------------------|--------|-------------------------|----|---|---|---|---|----------|------------|----------|--|--|
| ※ 支給 支払 決議 書 | 受付年月日 | 平成 年 月 日 | | | | | | 常務理事 | 事務長 | 担当者 | | |
| | 伺年月日 | 平成 年 月 日 | | | | | | | | | | |
| | 決済年月日 | 平成 年 月 日 | | | | | | | | | | |
| | 支給金額 | 百万 | 拾万 | 万 | 千 | 百 | 十 | 円 | 資格取得年月日 | 平成 年 月 日 | | |
| | | | | | | | | | 資格喪失年月日 | 平成 年 月 日 | | |
| | 内 訳 | 法定 | | | | | | | 標準報酬月額 | 千円(第 級) | | |
| | | 付加 | | | | | | | 障害年金・障害手当金 | 円(日額 円) | | |
| | 支給開始 | 平成 年 月 日 | | | | | | 老齢(退職)年金 | 円(日額 円) | | | |
| | 支給期間 | 平成 年 月 日 から 平成 年 月 日 まで | | | | | | 日間 | | | | |
| | 前回 | 平成 年 月 日 から 平成 年 月 日 まで | | | | | | 日間 | | | | |
| 備考 | | | | | | | | | | | | |

フォーラムエンジニアリング健康保険組合 理事長殿

健康保険 傷病手当金・傷病手当金付加金請求書¹ (第 回目)

| | | | | | | | | | | | | |
|--|---|--|--------|-----------------|---|---|-----|--|--|--|--|--|
| 被 保 険 者 | 2 被保険者証 記号・番号 | — | | | 3 被保険者氏名 | 印 | | | | | | |
| | 4 被保険者の 現住所 | 〒 | | | | | | | | | | |
| | 5 事業所名称 | | | | 6 標準報酬月額 | 円 | | | | | | |
| | 7 資格を取得 した年月日 | 平成 年 月 日 | | | 8 被保険者の 業務の種別 | | | | | | | |
| | 9 発病又は負傷 の年月日 | 平成 年 月 日 | | | 10 傷病名 | | | | | | | |
| | 11 発病の状態 又は 負傷の原因 | 外傷性によるケガの場合は「負傷原因届」を提出下さい。 | | | 12 第三者行為によるものですか | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ | | | | | | |
| | 13 療養のため 休んだ期間 | 平成 年 月 日 から 平成 年 月 日 まで 日間 | | | | | | | | | | |
| | 14 上記13の療養のため休んだ期間の報酬を受けましたか。 又は今後受けられますか。 | | | | <input type="checkbox"/> 受けた <input type="checkbox"/> 受けない <input type="checkbox"/> 今後受ける <input type="checkbox"/> 今後も受けない | | | | | | | |
| | 15 上記14で「受けた」又は「今後受ける」と答えた場合、その 報酬支払の基礎となる期間と報酬の額を記入して下さい。 | | | | 平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで 円 | | | | | | | |
| | 記 入 す る と こ ろ | 16 「障害年金」又は「障害手当金」を受給していますか。受給 している場合、どちらを受給していますか。 | | | | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 請求中 <input type="checkbox"/> 障害年金 <input type="checkbox"/> 障害手当金 | | | | | | |
| 17 上記16で「はい」又は「請求中」と答えた場合、受給の要因 となる傷病名を記入して下さい。 | | | | | | | | | | | | |
| 18 上記16で「はい」と答えた場合、基礎年金番号・年金コード・支給開始年月日・年金額を記入し、「請求中」 と答えた場合、基礎年金番号のみ記入して下さい。 | | | | | | | | | | | | |
| 基礎年金番号 | | 年金コード | | 支給開始年月日 | | | 年金額 | | | | | |
| | | | | 昭和・平成 年 月 日 | | | 円 | | | | | |
| 19 資格喪失者で、その後も継続して傷病手当金を申請する場合 に老齢又は退職を事由とする公的年金を受給していますか。 | | | | | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 請求中 | | | | | | | |
| 20 上記19で「はい」と答えた場合、基礎年金番号・年金コード・支給開始年月日・年金額を記入し、「請求中」 と答えた場合、基礎年金番号のみ記入して下さい。 | | | | | | | | | | | | |
| 基礎年金番号 | | 年金コード | | 支給開始年月日 | | | 年金額 | | | | | |
| | | | | 昭和・平成 年 月 日 | | | 円 | | | | | |
| 21 労災保険から休業補償給付を受けている期間に、業務外の事 由による傷病手当金の申請ですか。 | | | | | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 労災請求中 | | | | | | | |
| 22 上記21で「はい」又は「労災請求中」と答えた場合、支給元 又は請求先の労働基準監督署名を記入して下さい。 | 労働基準監督署 | | | | | | | | | | | |
| 23 介護保険法 のサービス を受けた時 | 保険者番号 | | 被保険者番号 | | | 保険者名称 | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| 24 振込希望の 金融機関名 | 銀行・金庫・信組 | | | 支店 普通 <i>No</i> | | | | | | | | |

※訂正した場合は、必ず訂正印(被保険者氏名欄同一印)を押印して下さい。

H22.4改

No.1

| | | | | | |
|------------------------|--|----------------------------|--|--|--|
| 事業主が証明するところ | 25 被保険者証の記号・番号 | — | 26 被保険者氏名 | | |
| | 27 労務に服さなかった期間 | 平成 年 月 日 から 平成 年 月 日 まで 日間 | | | |
| | 上記27の期間中の分として支払う報酬関係 | A 全部支給した場合は支給する | 平成 年 月 日 から 平成 年 月 日 まで 日間 ◆支給した(する)金額 円(日額 円) ◆出勤 日分 ◆有給 日分 ◆()手当 日分 | | |
| | | B 一部支給した場合は支給する | 平成 年 月 日 から 平成 年 月 日 まで 日間 ◆支給した(する)金額 円(日額 円) ◆出勤 日分 ◆有給 日分 ◆()手当 日分 | | |
| | | C 今現在も将来にも支給しない場合等 | | | |
| 29 上記のとおり相違ないことを証明します。 | 平成 年 月 日 事業所所在地 事業所名称 事業主氏名 TEL 印 | | | | |

【事業所担当者殿】

※訂正した場合は、必ず訂正印（事業主印）を押印して下さい。

※28欄の「A全部支給」又は「B一部支給」とは、一日当たりの賃金の全部又は一部の意味であること。

※労務に服さなかった期間の「賃金台帳(給与明細)」と「出勤簿(勤怠)」の写を添付して下さい。

| | | | | | |
|----------------------|--|--|--------------|-------------|--|
| 療養を担当した医師が意見を記入するところ | 30 患者氏名 | | | | |
| | 31 傷病名 | ① | ② | ③ | |
| | 32 療養の給付開始年月日 | ① 平成 年 月 日 ② 平成 年 月 日 ③ 平成 年 月 日 | | | |
| | 33 発病又は負傷の年月日 | 平成 年 月 日 | 34 発病又は負傷の原因 | | |
| | 35 労務不能と認めた期間(上記期間中の診療実日数)(上記期間中の入院期間) | 平成 年 月 日 から 平成 年 月 日 まで 日間 (診療実日数 日間) (入院期間 平成 年 月 日 から 平成 年 月 日 まで 日間) | | | |
| | 36 入院費用の別 | 健保・公費・自費・その他 | 37 転帰 | 治癒・繰越・中止・転医 | |
| | 38 傷病の主たる症状及び経過 | | | | |
| | 39 上記のとおり相違ありません。 | 平成 年 月 日 医療機関所在地 医療機関名称 医師の氏名 TEL 印 | | | |

【医療機関担当医師殿】

※訂正した場合は、必ず訂正印（担当医師印）を押印して下さい。

※35労務不能と認めた期間欄は、意見書を記入する日以前において、労務不能と認めた日を記入して下さい。（未来日付は不可）

※38傷病の主たる症状及び経過欄は、治療内容・検査結果・療養指導等を具体的に詳しく記入して下さい。

※内容により当組合（保険者）から照会させていただく場合がありますので予めご了承ください。

| | | | | |
|---------------|---------------------------------|----------|----|--------------|
| 受取代理人の欄 | 40 本請求書に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します。 | 平成 年 月 日 | | |
| | 被保険者 | 住所 氏名 | 印 | |
| | 代理人 | 住所 氏名 | 印 | |
| 41 振込希望の金融機関名 | 銀行・金庫・信組 | | 支店 | 普通 <i>Na</i> |